

**DEMANDE DE TRAVAIL À TEMPS PARTIEL SUR AUTORISATION**

NOM : ..... Prénom : .....  Titulaire

Grade : .....

Adresse : .....  
.....

Affectation : .....

***Préciser la quotité souhaitée***

***RÉPARTITION HEBDOMADAIRE***

50 % hebdomadaire

75 % (6 demi-journées)

***RÉPARTITION ANNUELLE***

80 % (6 demi-j. + 14 demi-journées à répartir sur l'année) : cette quotité ne pourra être accordée qu'à titre tout à fait exceptionnel

50 % annualisé\*

Le cas échéant, NOM du collègue avec lequel vous souhaitez travailler et sur quel poste ?  
(joindre une lettre signée conjointement) : .....

À ..... le ...../...../..... Signature de l'intéressé(e) :

Avis et signature de l'Inspecteur de circonscription : Date :	Décision de l'Inspecteur d'Académie :  Jean-Michel HIBON
--	--

\* LE TEMPS PARTIEL ANNUALISÉ NE POURRA ÊTRE ACCORDÉ QUE SOUS RÉSERVE DES NÉCESSITÉS DE SERVICE (note de service n° 2004-029 du 16/02/2004 – BOEN n° 9 du 26 février 2004)